

Former les MG à la communication dans le dépistage du cancer colo rectal.

**Efficacité d'une formation à la communication à propos du dépistage du cancer colorectal : un essai randomisé en cluster**

***Efficacy of communication skills training on colorectal cancer screening : a cluster randomized trial***

Analyse et commentaires de Anthony Chapron (UFR Rennes) et de Julie Gilles de la Londe (UFR de Paris Diderot)

*D'après une communication de Aubin-Auger I, Laouénan C, Mercier A. et al. (France, Pays-Bas)*

exercer 2014;115(suppl 2):Sxx-x.

*i.aubin@cngc.fr*

Mots-clés : Cancer colorectal, Sang occulte, Relation médecin-malade

*Keywords: Colorectal neoplasm, Occult blood, Physician-patient relations*

### **Contexte**

Les médecins généralistes (MG) français ont un rôle central dans la délivrance des tests de recherche de sang occulte dans les selles Hemoccult II. Le taux de participation actuel au dépistage est insuffisant pour permettre une diminution de la mortalité par cancer colorectal<sup>1</sup>. Ce taux était en 2013 de 31 % en France, alors que l'objectif de participation est de 45 % de la population cible<sup>2</sup>. Des études qualitatives ont suggéré qu'une communication centrée sur le patient et non sur le test lors de la délivrance pourrait augmenter la participation des patients au dépistage.

### **Objectif**

Evaluer l'efficacité d'une formation des MG à la communication à propos du dépistage du cancer colorectal.

### **Méthode**

Essai contrôlé, randomisé en ouvert, avec échantillonnage en grappe des cabinets de médecine générale du Val d'Oise. Dans le groupe intervention, les MG participaient à une formation de 4 heures sur la communication médecin-patient lors de la délivrance des tests Hemoccult. Deux vidéos de consultations simulées (patient « compliant » et patient « non compliant ») avaient été élaborées pour le protocole. Les MG du groupe contrôle devaient mener leurs consultations de manière habituelle.

Le critère de jugement principal était le taux par MG de patients ayant participé au dépistage 6 mois après l'intervention. Les critères secondaires étaient : le nombre de MG atteignant les taux de participation cibles des recommandations européennes, la différence entre les nombres de test remis et ceux effectivement réalisés par les patients.

### **Résultats**

45 MG de 35 cabinets ont participé à l'étude : 17 MG dans le groupe intervention (16 cabinets) et 28 dans le groupe contrôle (15 cabinets). Le taux moyen de participation au dépistage par médecin était de 36,7 % ( $\pm 20,3$ ) dans le groupe intervention et de 24,5 % ( $\pm 10,1$ ) dans le groupe contrôle ( $p = 0,03$ ). Pour les

critères de jugement secondaires, il n'était pas observé de différence significative entre les 2 groupes. Dans le groupe intervention, 4 MG atteignaient un taux de participation de 45 % contre 2 MG dans le groupe contrôle. Dans le groupe contrôle, il y avait eu plus de tests réalisés par les patients que de tests remis par les MG.

### Résultat principal

Former les MG à une communication centrée sur le patient permet d'augmenter le taux de participation des patients au dépistage organisé du cancer colorectal.

### Commentaires

La force de cette étude interventionnelle est de trouver son ancrage dans des études qualitatives antérieures. Cette procédure permettait d'identifier le rôle central de la communication lors de la délivrance de l'Hemoccult dans les discours des médecins lors de consultations filmées<sup>3</sup>, ou dans les entretiens de patients et de médecins<sup>4</sup>. Le contenu de la formation a pu ainsi être construit (scénario des vidéos et des jeux de rôle). Le champ de la recherche est encore large sur l'information et la communication auprès des patients sur le dépistage du cancer colorectal, tant il existe des travaux récents aux résultats contrastés sur les modalités de délivrance de l'information et le contenu de celle-ci<sup>5</sup>. Dans le groupe contrôle, plus de tests ont été réalisés par les patients que de tests remis par les MG. La participation au test n'est donc pas uniquement due à l'interaction entre le MG et le patient lors de la délivrance. Le patient peut également réaliser son test nettement à distance de sa délivrance ou utiliser le test directement reçu par voie postale lors des relances.

Randomiser en grappe les cabinets et non les MG était nécessaire pour limiter le biais de contamination dans les cabinets de groupe. Cette randomisation a cependant augmenté le nombre de sujets nécessaires, ce qui a pu entraîner un manque de puissance pour l'analyse des critères de jugement secondaires (38 MG par bras étaient prévus).

Il serait intéressant d'évaluer le maintien de l'augmentation du taux de participation observée et l'adaptation du discours et de la relation de communication des médecins au-delà du temps de l'étude.

Cette étude illustre la nécessité de développer des compétences de communication pour exercer la médecine générale, dans une posture centrée sur le patient, (ses attentes, ses besoins, ses représentations), et moins centrée sur la technicité médicale ou la maladie.

*Anthony Chapron – UFR Rennes*

*Julie Gilles de la Londe – UFR Paris Diderot*

### Références

- 1- Hewitson P, Glasziou PP, Irwig L, Towler B, Watson E. Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. Cochrane Database of Syst Rev 2007;1:CD001216.
- 2- Institut national de veille sanitaire. Évaluation épidémiologique du programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2012-2013. Paris : InVS, 2014.

- 3- Aubin-Auger I, Mercier A, Mignotte K, et al. Delivering the faecal occult blood test: more instructions than shared decisions. A qualitative study of French GPs. *Eur J Gen Pract* 2013;19:150-7.
- 4- Aubin-Auger I, Mercier A, Lebeau JP, et al. Obstacles to colorectal screening in general practice: a qualitative study of GPs and patients. *Fam Pract* 2011;28:670-6.
- 5- van Dam L, Bretthauer M. Ethical issues in colorectal cancer screening. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2014; 28:315–26.